

Indiana Dunes Environmental Learning Center
Formulario de Salud y Permiso del Estudiante (Página 1 de 2)

El formulario de salud y permiso del estudiante debe ser diligenciado en su totalidad para cada estudiante que participe en el programa de Indiana Dunes Environmental Learning Center. Ningún estudiante podrá participar en ninguna de las actividades del Learning Center si no tiene el formulario completo y firmado en nuestros archivos en el momento de realizar el campamento.

*Padres/Guardianas- Entrega este formulario a la escuela a la mayor brevedad posible.
Profesores-Proporciona el original formulario y otra copia agrupe de acuerdo al grupo de caminata previamente asignado.*

Por favor a maquina o letra imprenta

Colegio: _____ Fecha del programa: _____

Profesor de clase: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre _____ Mujer _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del la casa () _____

Padre/Madre o Guardián: _____

Dirección del trabajo _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del trabajo: () _____

Si no esta disponible en una emergencia notificar a _____

Dirección: _____ Relationship: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono () _____

Alergias: (picaduras de insectos, medicamentos, fiebre, asma, otros.) Liste la severidad de la condición y el tratamiento.

Restricciones alimenticias: (Por favor indique alergias y reacciones con alimentos, restricciones alimenticias y otras.)

Problemas de salud/ necesidades físicas: (por favor incluya problemas medicales, si es sonámbulo, si necesita utilizar el baño durante la noche, discapacidades comporta mentales o de aprendizaje.)

Vacunas corrientes: Si _____ No _____ Fecha de ultima vacunación contra el tétano _____

Indiana Dunes Environmental Learning Center
Formulario de Salud y Permiso del Estudiante (Página 2 de 2)

Nombre del estudiante _____

Por favor haga una lista con el horario de las medicinas y dosis que deben ser tomadas durante la estancia en Indiana Dunes Environmental Learning Center.

Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Nombre del dentista/odontologo _____ Teléfono _____

PADRE O GUARDIÁN PERMISO: Yo doy mi permiso a mi hijo para participar en todas las actividades incluido transportación de autobús y viajes a otros sitios del aprender. Mi hijo escuchará a las reglas del Learning Center y las direcciones de los líderes de la programa.

Firma de Padre o Guardián

Fecha

Sí ___ No ___ le doy permiso a Indiana Dunes Environmental Learning Center para usar fotos de mi hijo participando en los programas y actividades.

AUTORIZACIÓN PARA LA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Yo doy el permiso a una persona medical escogido por la escuela o el Learning Center para ordenar radiografías, pruebas del medico, tratamiento necesario y transportación para mi hijo. En caso que yo no puedo ser notificado en una emergencia, yo doy permiso al doctor escogido por la escuela o Learning Center para obtener y administrar tratamiento, incluido hospitalización, la inyección, anestesia, cirugía, y transfusión por mi hijo nombrado arriba .

Firma de Padre o Guardián

Fecha

The Indiana Dunes Environmental Learning Center querría entrevistar su niño en un año para averiguar qué información él o ella retuvo de su visita aquí. La entrevista consistiría de una pregunta, "Qué usted aprendió durante su visita a las dunas?" Las respuestas nosotros ayudarán para evaluar y mejorar nuestro programa.

Sí le doy _____ No le doy ___ permiso a Indiana Dunes Environmental Learning Center para entrevistar mi hijo en un ano para averiguar que él o ella recuerda de su experiencia.

Firma de Padre o Guardián

Fecha